

*Ысмайылов К.С.*

**ТАКТИКА ЭНДОХИРУРГА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ  
ВЫЯВЛЕНИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ**

*K.S. Ysmaiyllov*

**ENDOSURGERS TACTICS AT INTRAOPERATIVE IDENTIFICATION  
OF THE MIRIZZI SYNDROME**

УДК: 615.77/75

*Дискутируется анализ эндохирургического лечения синдрома Мирицци. Показано, что синдром Мирицци I типа не является абсолютным противопоказанием для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Лапароскопическое лечение возможно при наличии значительного опыта проведения лапароскопических операций.*

**Ключевые слова:** синдром Мирицци, лапароскопическая холецистэктомия.

*The experience of endosurgical treatment of Mirizzi syndrome discussed. It was shown that type I of Mirizzi syndrome is not an absolute contraindication for laparoscopic cholecystectomy. Laparoscopic treatment is possible in the presence of considerable experience of laparoscopic surgery.*

**Key words:** Mirizzi syndrome, laparoscopic cholecystectomy.

**Актуальность**

Синдром Мирицци относится к редким и трудно диагностируемым осложнениям желчнокаменной болезни, первоначальным морфологическим признаком которого является компрессия гепатикохоледа конкрементом желчного пузыря, завершающегося либо формированием стриктуры, либо формированием холецистохоледахеального свища [1-4,8]. Синдром Мирицци считается одним из противопоказаний к выполнению лапароскопической холецистэктомии, одной из причин конверсии и ятрогенных повреждений желчных протоков [3,5,6,7,9]. Отсутствие четких патогномичных симптомов синдрома Мирицци, трудности предоперационной инструментальной диагностики преподносят для эндохирурга тяжелые нестандартные ситуации, являющиеся следствием перехода к конверсии или ятрогенным повреждениями внепеченочных билиарных путей.

**Цель исследования:** анализ эндовидеохирургического лечения желчнокаменной болезни, осложненной синдромом Мирицци.

**Материал и методы**

Мы располагаем опытом эндовидеохирургического лечения 4 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной синдромом Мирицци. Возраст больных от 41 до 53 лет; 3 - женщины, 1 - мужчина. Все больные были госпитализированы в плановом порядке для проведения лапароскопической холецистэктомии. Согласно классификации В.С. Савельева и В.И. Ревякина (2003), выделяют 2 типа син-

дрома Мирицци: 1. **острый тип**, морфологической основой которого является сужение просвета гепатикохоледа; 2. **хронический тип** - формирование свища между желчным пузырем и холедаом [4]. Наши 4 наблюдения относились к первому типу синдрома Мирицци. Предоперационное обследование включало проведение общеклинических лабораторных анализов, УЗИ, ЭКГ, ЭГДС, рентгенографии органов грудной клетки.

**Результаты и обсуждение**

Во всех случаях синдром Мирицци I типа был диагностирован во время лапароскопической холецистэктомии. В нашем первом случае во время операции был установлен острый калькулезный холецистит, плотный перивезикальный инфильтрат, компрессирующий холеда и провоцирующий билиарную гипертензию. Из-за высокой диффузной кровоточивости при диссекции перивезикального инфильтрата и угрозы ятрогенного повреждения магистральных сосудов и желчных протоков первая операция была завершена переходом в конверсию, холецистэктомией открытым способом.

В остальных 3 случаях нам удалось завершить операцию лапароскопическим путем без интраоперационных осложнений. к этому моменту мы уже имели достаточный опыт лапароскопической холецистэктомии при острых деструктивных формах калькулезного холецистита. В технике холецистэктомии лапароскопическим способом при синдроме Мирицци I типа мы большое внимание отдаем следующим техническим деталям: тщательное, скрупулезное выделение трубчатых структур желчного пузыря по методу "хобот слона"; выделение плотно припаянной стенки желчного пузыря от холеда преимущественно тупым способом и диссекцией; при кровотечении из мелких сосудов гемостаз достигается короткими циклами работы аппарата; близко к гепатодуоденальной связке коагулятором не работаем из-за возможного термического повреждения магистральных желчевыводящих протоков и сосудов; с целью оптимальной визуализации и идентификации необходима постоянная аспирация и ирригация зоны операционного действия.

После операционный период протекал гладко, без осложнений. Первый больной после конверсии был выписан в удовлетворительном состоянии на 5 суток. Остальные 3 больных были выписаны в удовлетворительном состоянии на 2-3 суток после операции. Течение послеоперационного периода у этих

больных не отличалась от таковой у больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию по поводу неосложненного холецистолитиаза.

#### Выводы

Таким образом, на основании, хоть и небольшого, клинического материала мы склонны считать, что лапароскопическая технология может считаться альтернативой традиционной методике холецистэктомии при синдроме Мирizzi 1 типа. Синдром Мирizzi 2 типа, когда имеется холецисто-холедохеальный свищ и нарушение целостности стенки холедоха, требующее реконструктивно-восстановительной операции, показано хирургическое лечение открытым, лапаротомным способом. Необходимо улучшить дооперационную диагностику синдрома Мирizzi и освоить технику эндоскопических операций на внепеченочных желчных путях.

#### Литература:

1. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мирizzi: особенности диагностики и лечения // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Том 11. - № 3. - С. 7-10.
2. Грясов В.И., Перфильев В.В., Шепкин С.П. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирizzi // Хирургия. - 2008. - № 11. - С. 31-34.
3. Девятов А.В., Хашимов Ш.Х., Ибадов Р.А., Махмудов У.М. Синдром Мирizzi как причина конверсии при лапароскопической холецистэктомии // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Том 11. - № 3. - С. 81.
4. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мирizzi (диагностика и лечение) // М.: Медицина, 2003. - С. 112.
5. Токпанов С.И. Лапароскопическая холецистэктомия и синдром Мирizzi // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Том 11. - № 3. - С. 118.
6. Al-Alkeely M.H., Alam M.K., Bismar H.A. et al. Mirizzi syndrome: ten years experience from a teaching hospital in Riyadh // World J. Surg. - 2005. - Vol. 29. - № 12. - P. 1687-1692.
7. Bagia J.S., North L., Hunt D.R. Mirizzi syndrome: an extra hazard for laparoscopic surgery // Aust N Z J Surg. - 2001. - № 71. - P. 394-397.
8. Chowbey P.K., Sharma A., Mann V. et al. The management of Mirizzi syndrome in the laparoscopic era // J Laparoendosc Surg. - 2000. - V. 10. - № 1. - P. 11-14.
9. Yeh C.N., Jan Y.Y., Chen M.F. Laparoscopic treatment for Mirizzi syndrome // Surg Endosc. -2003. - № 17. - P. 1573-1578.

Рецензент: д.м.н., профессор Белеков Ж.О.